

## Vragenlijst 1e consult

## FODMaP- BEPERKT DIEET

Voor het bezoek aan de diëtist vragen wij u onderstaande vragen te beantwoorden. De ingevulde vragenlijst zal vertrouwelijk behandeld worden en zal gebruikt worden om de ervaringen met het FODMaP-beperkte dieet te evalueren. Telefoonnummer en emailadres zullen alleen gebruikt worden om u te benaderen.

<i>Wilt u eerst onderstaande gegevens invullen?</i>		
<i>Naam:</i>		<i>Datum:</i>
<i>Geboortedatum:</i>		<i>Geslacht M/V:</i>
<i>Tel.nr overdag:</i>		
<i>Email:</i>		

Wilt u bij de volgende vragen het juiste antwoord omcirkelen?

1. Door wie is bij u het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) vastgesteld?
  - a. Door de huisarts
  - b. Door de specialist in het ziekenhuis
  - c. Anders: .....
2. Hoeveel maanden of jaren geleden is PDS bij u vastgesteld?  
Antwoord: .....
3. Heeft u langer dan 6 maanden last van steeds terugkerende buikpijn? **ja/nee**
4. Waren de klachten de afgelopen 3 maanden meer dan 1 dag per week aanwezig? **ja/nee**
5. Veranderen de klachten (kortdurend) na de stoelgang? **ja/nee**
6. Gaan de klachten gepaard met verandering in de vorm van uw ontlasting? (B.v. dunner, harder of keuteliger) **ja/nee**
7. Gaan de klachten gepaard met verandering in hoe vaak u ontlasting heeft? (Vaker of juist minder vaak dan vroeger) **ja/nee**
8. Heeft u wel eens bloed bij de ontlasting (gehad)? Zo ja, hoe vaak? Antwoord: -----
9. Komt Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) in de familie voor? **ja/nee**
10. Zijn de klachten ontstaan na een buikgriep of antibioticakuur? **ja/nee**

## Bristol Stool Chart

11. Hoeveel dagen per week heeft u diarree (type 6 en/of type 7)

.... dagen

Hoeveel dagen per week heeft u harde of keutelige ontlasting? (type 1 en/of type 2)

.... dagen

Type 1		Losse harde keutels, zoals noten (moeilijk uit te scheiden)
Type 2		Als een worst, maar klonterig
Type 3		Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant
Type 4		Als een worst of slang, glad en zacht
Type 5		Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijk uit te scheiden)
Type 6		Zachte stukjes met gehavende randen, een papierige uitscheiding
Type 7		Waterig, geen vaste stukjes. Helemaal vloeibaar

Type IBS: Invullen door behandelaar.	
IBS-C	
IBS-D	
IBS-M	
IBS-U	

12. Wat is uw huidig gewicht? .....kg En uw lengte? :.....cm

13. Bent u onbedoeld afgevallen? Zo ja

Hoeveel in de laatste 6 maanden? .....kg  
 Hoeveel in de afgelopen maand? .....kg

14. Is uw eetlust de afgelopen maand verminderd? ja/nee

15. Gebruikte u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding? ja/nee

16. Heeft u naast Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) ook andere aandoeningen?

- a. Coeliakie
- b. Ziekte van Crohn of colitis ulcerosa
- c. Andere.....

17. Volgt u een dieet en/of heeft u specifieke voedingsgewoonten? Zo ja, welke? .....

.....

18. Heeft u uw voeding aangepast om de darmklachten te verminderen? Zo ja, welke maatregelen nam u?

.....  
 .....

De vragen die nu volgen zijn bedoeld om een beeld te krijgen van de aard en de ernst van uw PDS klachten. Deze vragen zullen in de loop van de behandeling vaker gesteld worden. Op deze manier zien we wat het effect van het dieet is op uw klachten.

**Instructies voor het invullen:**

In de loop van de tijd kunnen de klachten veranderen, baseer daarom het antwoord op de vragen zoals u de klachten momenteel ervaart. Bijvoorbeeld van afgelopen 2 weken.

LET OP: Wanneer u (deels) begonnen bent met het FODMaP-beperkte dieet vul dan de vragen in uitgaande van de situatie zoals die was vóórdát u met het dieet begon.

A	1. Heeft u momenteel last van (buik)pijn? <span style="float: right;">Ja/nee</span>	Score Invullen door behandelaar
	2. Zo ja, hoe ernstig is uw (buik)pijn op een schaal van 0 tot en met 10?  Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel. 0 = geen pijn, 10 = ondraaglijk  0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10	
	3. Hoeveel dagen in een periode van <b>10 dagen</b> heeft u pijn? ..... dagen	
B	1. Heeft u momenteel last van een opgeblazen gevoel? <span style="float: right;">Ja/nee</span> <i>(klachten gerelateerd aan menstruatie buiten beschouwing gelaten)</i>	
	2. Zo ja, hoe ernstig is het opgeblazen gevoel op een schaal van 0 tot en met 10?  Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel. 0 = geen pijn, 10 = ondraaglijk  0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10	
	3. Hoeveel dagen van in een periode van <b>10 dagen</b> heeft u last van opgeblazen gevoel? ..... dagen	
C	Hoe tevreden bent u met uw stoelgang, op een schaal van 0 tot en met 10? Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel. 0 = zeer tevreden, 10 = zeer ontevreden  0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10	
D	Hoeveel hinder geven de buikklachten op uw leven in het algemeen, op een schaal van 0 tot en met 10?  Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel. 0 = geen hinder, 10 = ondraaglijk  0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10	
Invullen door behandelaar: IBSSscore (totaal x 10)		

E	<p><b>1.</b> Heeft u momenteel last van misselijkheid? <span style="float: right;">Ja/nee</span></p>
	<p><b>2.</b> Zo ja, hoe ernstig is de misselijkheid op een schaal van 0 tot en met 10?</p> <p style="text-align: center;">Omcirkel het getal dat het beste overeenkomt met uw gevoel. 0 = geen pijn, 10 = ondraaglijk</p> <p style="text-align: center;">0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10</p>
	<p><b>3.</b> Hoeveel dagen in een periode van <b>10 dagen</b> heeft u last van misselijkheid?</p> <p style="text-align: center;">..... dagen</p>

*Als u een cijfer voor de ernst van vermoeidheidsklachten van de afgelopen 2 weken zou moeten geven. Welk cijfer zou u dan geven? Omcirkel uw cijfer.*

1 = nooit moe, heel veel energie  
2= af en toe moe na inspanning of een drukke dag  
3= regelmatig moe, u kunt niet meer zo actief zijn als vroeger  
4= vaak moe, geen zin om iets te ondernemen, u zegt afspraken af  
5= continu moe, alles is teveel, u hangt het liefst de hele dag in de stoel of ligt in bed

---

1   -   2   -   3   -   4   -   5